FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 1er *août* 1842,

Par HUGUES DELOTZ,

né à Vollore-Ville (Puy-de-Dôme),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Élève de l'École pratique de Paris, ancien Interne en médecine et en chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

CHLOROSE-ANÉMIE.

I. — Du cancer des veines.
II. — Quels sont les moyens de traitement employés contre les fistules salivaires?
III. — Des vaisseaux omphalo-mésentériques. Déterminer si toutes les veines contiennent un sang identique.
IV. — Comment peut-on reconnaître dans le sang laiteux la présence de quelques principes immédiats gras?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1842

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, Examinateur.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD, Président. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. A. BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.
BAUDRIMONT.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
COMBETTE.
DENONVILLIERS.
J. V. GERDY.
GOURAUD, Examinateur.
HUGUIER.
LARREY.

MM. LEGROUX.
LENOIR.
MAISSIAT.
MALGAIGNE.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON, Examinateur.
NONAT.
SESTIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

A MES AUTRES PARENTS.

H. DELOTZ.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

> Le triomphe des idées utiles n'est jamais qu'une question de temps.
>
> (ARMAND CARREL.)

AUX PROFESSEURS

DE

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND,

MES PREMIERS MAITRES.

H. DELOTZ.

CHLOROSE-ANÉMIE.

Notre but n'est point de faire l'histoire complète de ces états morbides généraux de l'économie, mais bien de chercher par quels moyens nous pourrons les reconnaître et les distinguer des maladies avec lesquelles on les confond si souvent dans la pratique, au grand détriment des malades.

Les phénomènes les plus importants qui traduisent ces deux états morbides de la masse sanguine étant identiques, ce que nous dirons pour la chlorose s'appliquera à l'anémie, et réciproquement.

En médecine, comme dans toutes les sciences physiques, on ne peut pas remonter aux causes premières des phénomènes que l'on observe; on prend les faits les plus généraux, et on en fait des lois. C'est ce que nous faisons en disant que la chlorose et l'anémie consistent en une altération du sang, ne voulant pas dire par là que cette altération est la cause *première,* mais bien le fait premier au delà duquel nous ne pouvons remonter, au delà duquel tout n'est encore que pure hypothèse.

La chlorose et l'anémie, pour nous, ont leur point de départ dans une altération du sang. Ce liquide, circulant altéré dans l'économie vivante, doit faire que toutes les fonctions s'accomplissent sous d'autres lois. C'est donc dans la recherche de ces nouvelles lois que nous devons diriger tous nos efforts.

C'est un fait général en pathologie, que des désordres fonctionnels exactement semblables se rattachent à des états différents des organes. Qu'un sang trop pauvre, par exemple, vienne à traverser les cavités du cœur, il en résultera des palpitations, etc., comme si cet organe

était le siége d'une lésion anatomo-pathologique. Ce que nous disons du cœur s'applique au poumon, au cerveau, etc. Il nous faudra donc apprendre à distinguer les lésions fonctionnelles se rattachant à l'altération du sang des mêmes lésions liées à une altération matérielle, démontrable, de l'organe.

Cherchons dans les différents appareils les caractères propres aux maladies que nous étudions, et ceux qui les distinguent de celles avec lesquelles on pourrait les confondre.

Altérations qui surviennent dans les fonctions de l'appareil circulatoire.

« Les palpitations chlorotiques et anémiques ont été de notre part l'objet d'une étude d'autant plus attentive, qu'elles sont journellement confondues avec celles qui accompagnent certaines maladies organiques du cœur. L'erreur est, il paraît, très-facile à commettre par les médecins qui ne sont pas assez familiarisés avec le sujet dont il s'agit; car, depuis six à sept années, j'ai vu, sans exagération, des centaines de malades chez lesquels cette erreur avait été commise par des praticiens dont plusieurs occupaient justement un rang des plus distingués parmi leurs confrères. Cette erreur provient de ce que les personnes chlorotiques ou anémiques, comme les personnes affectées de certaines lésions organiques du cœur, éprouvent des palpitations, de la dyspnée et de l'étouffement au moindre exercice, après avoir monté un escalier, etc.; symptômes à double sens, sur lesquels les praticiens vulgaires fondent malheureusement leur diagnostic » (M. Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*).

Bien souvent, soit dans le service du professeur que nous venons de nommer, soit ailleurs, nous avons rencontré l'occasion de nous convaincre de la vérité de ces paroles.

Étudions dans le cœur et les vaisseaux (artères et veines) les phénomènes chlorotiques et anémiques, et cherchons les moyens d'éviter les erreurs dont nous parlions il n'y a qu'un instant.

Cœur. — *Rhythme des battements du cœur.* — Ordinairement le rhythme des battements du cœur est augmenté. Cette augmentation se lie assez souvent à de véritables intermittences, ou à de fausses intermittences désignées par M. Bouillaud sous le nom de *faux pas* du cœur. Ces aberrations du rhythme des battements du cœur sont tantôt purement dynamiques, tantôt accompagnées de graves lésions organiques. Nous chercherons plus loin à les distinguer.

Force des battements du cœur. — Des palpitations fréquentes ont lieu, même dans le repos, mais surtout pendant la marche, la course, une émotion morale, etc. etc. En même temps qu'ils sont plus forts, presque constamment les battements du cœur augmentent de vitesse. Ces palpitations sont souvent le premier avertissement que reçoit le malade sur l'état de sa santé.

Étendue des battements du cœur. — Elle varie suivant que les malades sont en repos ou palpitent. Dans le premier cas, elle ne s'éloigne guère de ce qu'elle est dans l'état normal, tandis que dans le second elle est augmentée.

Bruits du cœur. — Dans les moments de palpitations, leur intensité est augmentée; leur timbre n'éprouve que de très-légères modifications. Le second bruit prend assez souvent un peu plus de clarté, tandis que le premier, ordinairement, s'enroue légèrement, se prolonge ; modifications que l'on constate en appliquant particulièrement l'oreille sur la région correspondant à l'orifice aortique. Cette prolongation du premier bruit n'est autre chose que le commencement du souffle chlorotique que nous allons décrire.

Souffle chlorotique du cœur. — Le plus souvent doux, moelleux, il prend son point de départ dans la région de l'orifice de l'aorte, dans laquelle il se propage souvent pour aller se confondre avec les bruits de souffle des artères carotides et sous-clavières, qui existe *constam-*

ment alors, au moins dans un de ces vaisseaux. Ce bruit *accompagne* le premier temps, mais ne le remplace pas.

La rapidité de la circulation fait varier son intensité, sans changer beaucoup son timbre. Il est, cependant, quelques cas, rares il est vrai, où, sous l'influence de l'augmentation dans la vitesse de la circulation, il revêt des caractères d'âpreté assez marqués ; mais à mesure que la vitesse de la circulation diminue, il reprend son caractère moelleux, et peut même disparaître complétement.

Le bruit de souffle *chlorotique* du cœur peut encore devenir musical: « Dans les cas de chlorose portée au plus haut degré, dit M. Bouillaud, j'ai constaté aussi le sifflement musical du cœur; et dans les cas où il existe une lésion organique des valvules chez des sujets chlorotiques, le souffle qui en est le résultat tend à revêtir le caractère sibilant. »

Quand la chlorose et l'anémie sont avancées, il n'est pas rare de voir survenir des défaillances, des lipothymies, ou même la paralysie momentanée du cœur, la syncope.

Les différentes altérations *dynamiques* que nous venons d'exposer accompagnent aussi les lésions organiques graves du cœur. Il est toujours de la plus haute importance de pouvoir les distinguer; mais cette distinction devient parfois très-difficile, sinon complétement impossible. Nous avons vu le professeur de la Charité hésiter devant quelques cas, s'abstenir, pendant quelque temps, de porter un diagnostic définitif; enfin, mais très-rarement, rester complétement dans le doute.

Cependant, avec une grande habitude des moyens physiques d'exploration, on parviendra, dans l'immense majorité des cas, à porter un diagnostic positif; dans les moments de calme du cœur, surtout, il sera facile d'apprécier l'étendue de ses battements, leur force, de mesurer son volume, qui reste normal dans les palpitations nerveuses, de déterminer si le jeu des valvules est libre, de reconnaître les caractères du bruit de souffle chlorotique. Le diagnostic devient plus difficile quand il y a en même temps chlorose ou anémie, et une lésion organique

du cœur ; mais, nous le répétons, la percussion, l'auscultation, la palpation, etc., faites habilement, donneront des moyens positifs d'éviter l'erreur. Dans les cas qui pourraient encore laisser du doute, on doit avoir recours au traitement, moyen lent mais excellent de diagnostic.

Pour terminer ce que nous avons à dire à ce sujet, nous allons rapporter l'observation d'un cas de palpitations *chlorotiques*, prises et traitées pour une maladie organique du cœur. Ce fait me paraît d'autant plus important, que l'erreur a été commise par l'un des praticiens de Paris le plus justement célèbres, erreur qu'il a franchement avouée en voyant les résultats d'un traitement essentiellement opposé à celui qui convenait à la malade, et en portant plus de soins dans son examen.

1re OBSERVATION.

Chlorose prise et traitée pour une maladie organique du cœur.

Février 1842. — Vingt ans, tempérament lymphatique, constitution faible. Réglée à seize ans, elle l'a toujours été peu abondamment, et souvent irrégulièrement ; un peu de leucorrhée depuis environ deux ans ; vers cette même époque, léger essoufflement et palpitations lorsqu'elle se livre à quelque exercice fatigant ; ni céphalalgie, ni étourdissements ; quelques crampes, mais rares, dans la région de l'estomac. Les palpitations devenant de plus en plus fortes, la malade consulta un médecin, qui prescrivit des pilules de digitale, et fit appliquer dix sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses (les dernières règles n'avaient fait que se montrer). N'ayant pas été soulagée par le traitement, elle se décida à venir à l'hôpital. Elle n'a jamais eu de rhumatismes ni de *fluxions* de poitrine.

État de la malade quelques jours après son entrée. — Le visage est un peu coloré aux pommettes, cette coloration tient de la lividité ; le

fond est jaunâtre, terreux ; affaissement général des veines superficielles des avant-bras, du dos des mains principalement, qui sont parcourues par une colonne très-mince de sang ; les lèvres présentent une coloration analogue à celles des joues ; rien du côté du tube digestif, si ce n'est un peu de constipation et quelques douleurs gastralgiques de temps en temps.

Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal, en son lieu accoutumé ; les battements sont visibles à l'œil, et soulèvent évidemment la tête de l'observateur (les parois pectorales sont sèches et étroites) ; la main les perçoit plus fortement qu'à l'état normal ; la matité précordiale n'est pas sensiblement agrandie ; le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle court, brusque, avec un peu d'âpreté, qui le masque en partie seulement sans se propager dans l'aorte, à l'orifice de laquelle il semble se produire. Quand l'oreille s'éloigne de cette région, elle cesse d'entendre le bruit de souffle, et le premier claquement valvulaire, assez bien frappé, lui parvient seul ; le second est clair, sans souffle, un peu plus éclatant peut-être qu'à l'état normal. Souffle continu dans les deux carotides, plus fort à droite, existant dans la sous-clavière du même côté ; le pouls, petit, se laisse facilement effacer à la pression (le nombre des pulsations n'a pas été compté) ; la respiration est partout très-pure, la résonnance de la poitrine bonne partout ; les veines jugulaires sont plutôt affaisées que distendues ; il n'y a nulle part d'œdème. La malade se dit beaucoup plus faible qu'à son entrée.

On avait porté le diagnostic suivant :

Hypertrophie du cœur. — Traitement : digitale, eau distillée de laurier-cerise, potages, crême de riz, lait.

Après quelque temps de séjour à l'hôpital, la malade fut prise d'une maladie aiguë, qui nécessita une petite saignée et l'application, à deux ou trois reprises, de sangsues : on finit par reconnaître l'erreur que l'on avait commise, mais la malade ne tarda pas à sortir, dans un état que l'on peut facilement apprécier.

Pour le diagnostic, on s'était seulement fondé sur l'impulsion exagérée du cœur, et les palpitations que la malade éprouvait; mais cette impulsion et les palpitations déposaient seules dans le sens d'une hypertrophie; la percussion donnait une preuve négative. Ces phénomènes pouvaient-ils être rapportés à quelques lésions valvulaires? Non, car le jeu de ces soupapes organisées et vivantes était libre, leur claquement un peu plus fort peut-être, mais leur timbre normal; le bruit de souffle n'avait aucune valeur dans ce sens, mais bien dans celui d'une lésion du sang que venaient confirmer, et le souffle des artères du cou, et la décoloration de la peau, et les antécédents de la malade.

Artères. — Le pouls est petit, quelquefois filiforme, mou, se laissant effacer à la moindre pression; assez souvent la colonne sanguine fait éprouver la sensation d'un liquide dont la densité aurait diminué.

Dans les grosses artères (carotides, sous-clavières et crurales, principalement), le simple bruit de choc mat normal est remplacé par divers bruits de souffle que nous allons exposer : apparaît d'abord le bruit de souffle ordinaire et intermittent, qu'il ne faut pas confondre avec celui que l'on détermine au moyen de la pression. Il est ordinairement isochrone à la diastole artérielle; d'autrefois il se montre et pendant la diastole et pendant la systole; il constitue alors la transition entre le souffle simple et le souffle continu.

Le bruit de souffle continu ou à double courant, et le bruit ou ronflement de diable, qui n'en est qu'une simple modification. Le bruit de ronflement présente plusieurs variétés : c'est tantôt le roucoulement d'une tourterelle, tantôt le sifflement de l'air passant à travers une serrure; dans le dernier cas, il constitue le premier degré du sifflement modulé, ou chant artériel.

Le chant artériel est plaintif en général, se renforçant à chaque systole ventriculaire; il imite souvent le bourdonnement de la mouche. Il n'est pas rare de trouver le chant des artères accompagné d'un frémissement vibratoire que l'on distingue de celui produit par un ré-

trécissement, à son caractère plus diffus et moins âpre. Lorsqu'il existe un bruit de souffle chlorotique au cœur, les artères du cou donnent constamment une des variétés du bruit de souffle continu. Tous ces bruits chlorotiques diminuent d'intensité, ou cessent complétement de se faire entendre, si l'on éloigne le larynx de l'artère carotide que l'on ausculte; que le malade vienne à faire un effort prolongé, et le souffle cesse, comme par enchantement, pour reparaître ensuite. Ces propriétés sont de la plus haute importance pour distinguer ces bruits de tous ceux avec lesquels on pourrait les confondre.

Veines. — Les veines superficielles sont plus ou moins affaissées, comme revenues sur elles-mêmes; une colonne de sang plus ou moins étroite, azurée, les parcourt.

Altérations qui surviennent dans les fonctions de l'appareil respiratoire.

Cette étude mérite toute notre attention. Il y a encore ici des phénomènes à *double sens*, ce qui fait que de nombreuses erreurs graves de diagnostic sont commises. Pour les éviter, du moins dans la majorité des cas, il suffit de pratiquer convenablement l'auscultation et la percussion. Passons à l'étude de ces souffrances. Les chlorotiques et les anémiques ont la respiration courte habituellement; ils s'essoufflent au moindre exercice. Quelquefois, petite toux sèche, quinteuse, se montrant dans tout le courant de la journée, ou reparaissant seulement à des heures fixes ou irrégulières. Cette toux paraît avoir ordinairement son point de départ dans le larynx. Donnons des exemples :

IIe OBSERVATION.

Premier cas. — Au n° 6 de la salle Sainte-Madeleine (service de M. Bouillaud) était couchée, l'année dernière, une jeune chlorotique qui présenta les phénomènes suivants : teinte chlorotique modèle, veines sous-cutanées affaissées, souffle continu dans les carotides

palpitations, essoufflement. La malade est tourmentée d'une petite toux continuelle, qui l'empêche souvent de dormir. Cette toux est sans expectoration, quinteuse; elle paraît déterminée par une sensation de sécheresse et de picotement que la malade rapporte au larynx et au commencement de la trachée-artère. La percussion ne donne rien d'anormal; la respiration est très-pure partout. Au bout de quelques jours d'un traitement par le fer, la toux avait complétement disparu; et quand la malade sortit, son état général s'était considérablement amélioré.

IIIe OBSERVATION.

Deuxième cas. — Août 1840. Mademoiselle B., âgée de dix-huit ans, constitution délicate, tempérament lymphatico-nerveux. Réglée à quinze ans, elle le fut toujours, dit-elle, assez régulièrement, mais peu abondamment; le sang de l'écoulement menstruel était pâle; jamais de leucorrhée; habituellement sa respiration était courte, et il survenait des palpitations au moindre exercice; faiblesse musculaire générale; céphalalgie par intervalles, quelques étourdissements de loin en loin, tiraillement dans la région épigastrique, le matin surtout, avant le repas. Ces symptômes allèrent peu à peu en augmentant jusqu'à il y a environ un an, époque à laquelle survint une petite toux quinteuse, sans expectoration, revenant chaque fois à peu près à la même heure, et se prolongeant trois, quatre heures, et même plus; elle n'a jamais eu d'hémoptysie; rien à craindre du côté de l'hérédité. — Plusieurs médecins avaient été consultés, principalement pour la toux, et tous avaient dirigé leur traitement du côté du poumon, regardant la malade comme au début d'une phthisie pulmonaire. — Les phénomènes suivants furent constatés : teinte chlorotique du visage, décoloration générale des tissus; les veines sous-cutanées sont à peine apparentes, parcourues par une colonne mince de sang. — Palpitations très-fortes, même pendant le repos, avec essoufflement au moindre exercice; la malade peut à peine marcher quelques minutes, et à pas lents, sans se

reposer. Le premier bruit du cœur est accompagné d'un léger souffle, doux, moelleux, chlorotique; bruit de souffle continu dans les artères carotides et sous-clavières, principalement à droite, où il est musical par intervalle; pouls à 68, régulier, mou, petit, presque filiforme; la chaleur de la peau est normale; la toux persiste avec les mêmes caractères : la malade raconte qu'à chaque retour de l'accès elle éprouve dans le gosier (elle porte la main au larynx) un sentiment de picotement très-incommode, et un peu de constriction. La résonnance de la poitrine ainsi que la respiration sont normales partout.

Soumise à un régime tonique et aux préparations ferrugineuses, la malade vit bientôt la toux cesser complétement, les palpitations devenir moins fortes, enfin l'état général s'améliorer considérablement.

J'ai revu la malade depuis; l'amélioration avait encore fait des progrès, et rien n'était survenu du côté des poumons.

On a vu chez ces deux malades une phthisie commençante; combien était grande l'erreur cependant, et combien il était facile de l'éviter!

Chez les malades qui nous occupent, il survient assez souvent une douleur vive dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, augmentant dans l'inspiration, la rendant même beaucoup plus faible du côté correspondant, véritable névralgie intercostale qui a été prise pour une pleurésie, et traitée comme telle. Devons-nous être étonnés d'une pareille méprise, après ce que nous venons de dire! Terminons en engageant cependant le praticien à tenir l'œil en éveil du côté du poumon; car les individus dont nous parlons sont dans des conditions favorables à la tuberculisation.

Altérations qui surviennent dans les fonctions de l'appareil digestif.

Nous emprunterons beaucoup à M. Trousseau dans ce que nous allons dire.

Les altérations qui surviennent dans les fonctions de l'appareil digestif sont assez souvent en rapport avec l'état plus ou moins

avancé de la maladie générale. C'est d'abord un peu de dérangement dans les digestions, qui deviennent lentes, puis laborieuses. Après le repas, sentiment de pesanteur et de gonflement dans la région épigastrique, rapports nidoreux, acides, quelquefois alimentaires; le vomissement est rare, accidentel; cependant il peut constituer le principal phénomène de la souffrance de l'estomac. (1) Sentiment de plénitude à l'épigastre, d'ardeur, de fer chaud, se propageant le long de l'œsophage : ordinairement alors l'appétit est augmenté, mais cet appétit est plutôt un sentiment de malaise général, de défaillance, de faiblesse, à la région épigastrique, qu'une sensation *vraie* de faim. A peine les malades ont-ils assouvi ce pressant besoin, qu'ils se sentent soulagés, mais pour très-peu de temps, le même malaise ne tardant pas à se manifester de nouveau. S'ils n'ont pas assez de courage pour résister à cette *fausse faim*, comme plusieurs la nomment, la digestion est beaucoup plus pénible, le vomissement souvent inévitable, vu la trop grande réplétion de l'estomac. A la pression, les malades accusent assez souvent une vive sensibilité dans la région épigastrique, s'irradiant dans la région dorsale, derrière le sternum. Bientôt la douleur apparaît sans qu'on l'excite par la pression; elle est dilatérante, quelquefois atroce. Elle n'est pas d'abord continue; elle ne se manifeste que de loin en loin, puis elle se renouvelle plus fréquemment, et ses accès peuvent se manifester plusieurs fois d'un jour à l'autre; ils se renouvellent le matin particulièrement, ou dans la journée, si les malades tardent trop à prendre leurs repas. Presque toujours l'introduction d'aliments dans l'estomac les calme, ou

(1) Une de nos parentes a présenté ce phénomène de la manière la plus tranchée : à plusieurs reprises elle a éprouvée tous les phénomènes caractéristiques de la chlorose, et chaque fois le principal phénomène qui traduisait la souffrance de l'estomac consistait en des vomissements se renouvelant presque après chaque repas. Ces vomissements n'étaient précédés ni suivis d'aucune douleur; la malade conservait son appétit. Un régime et une médication toniques en ont toujours fait justice.

les fait même cesser complétement. Cette douleur alterne fréquemment avec d'autres névralgies, intercostales, faciales, etc. L'appétit, que nous avons vu augmenté, peut diminuer jusqu'à constituer l'anorexie, ou se dépraver singulièrement. Cette dernière modification, qui appartient plutôt au goût, est beaucoup plus fréquente chez la femme.

Les lésions fonctionnelles du côté des intestins consistent principalement dans la rareté des déjections alvines, qui sont dures. La constipation peut être remplacée par un état opposé; mais l'existence de la diarrhée ne nous a pas paru se lier à l'ensemble des phénomènes que nous venons de passer en revue. Elle s'est montrée quand la maladie durait depuis longtemps, que l'affaiblissement était considérable, quand surtout, considérant ces malades comme atteints de gastrite chronique, on les avait soumis à une diète ténue, lactée, etc. Je comparerais volontiers ces derniers malades aux animaux sur lesquels expérimentait la commission dite *de la gélatine*, pour les conditions dans lesquelles on les plaçait, et les conséquences qui en résultaient.

Peut-on dire que cette diarrhée se lie à un état inflammatoire du tube digestif? Je ferai d'abord observer qu'elle n'est pas continue, le plus ordinairement, qu'elle est sans fièvre; enfin, que le traitement le plus efficace consiste dans l'administration des toniques, et d'un régime fortifiant.

Nous venons de passer en revue les principaux phénomènes qui peuvent se manifester du côté de l'appareil digestif dans la chlorose et l'anémie; il nous reste à donner les moyens de les distinguer de ceux qui nous traduisent la gastrite chronique : je ne crois pas que l'on puisse jamais les confondre avec ceux de l'inflammation aiguë du canal digestif.

1° La douleur que l'on détermine à la pression est différente : dans la gastralgie, c'est comme un sentiment d'oppression, de défaillance; dans la gastrite, c'est une douleur obtuse, profonde, gravative.

2° La gastralgie n'est jamais une douleur permanente; nous avons dit comment elle se comportait : dans la gastrite, elle est continue or-

dinairement; elle ne disparaît point pour alterner avec d'autres névralgies. L'ingestion des aliments est toujours suivie de son exaspération; le contraire a lieu dans la gastralgie.

3° La gastrite s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile, sinon continu, du moins revenant chaque soir; le dépérissement général est considérable, l'émaciation fait des progrès rapides, tandis que l'autre état n'influe qu'à la longue sur la nutrition, ou n'y influe pas par lui-même, suivant M. Trousseau; il est sans accompagnement fébrile, à l'état simple. Une gastrite qui se serait prolongée pendant des mois, des années, souvent, aurait presque nécessairement entraîné des lésions qu'il serait impossible de confondre avec la gastralgie anémique. La décoloration de la peau est bien différente de celle de la chlorose et de l'anémie; il y a dans le *facies* un air de souffrance *organique* qu'un œil habitué à la clinique méconnaît rarement.

Des phénomènes nerveux identiques à ceux que nous venons de décrire peuvent se manifester du côté de l'appareil digestif, sans qu'il existe d'appauvrissement du sang; mais alors les phénomènes propres à la chlorose et à l'anémie manqueront.

Dans l'état général que nous étudions, il existe très-probablement, pour ne pas dire certainement, des lésions de sécrétion de la bile, du suc pancréatique, gastrique, etc. Mais ces lésions, quelles sont-elles? Nous l'ignorons complétement. Il est certains cas, cependant, qui sembleraient prouver que la sécrétion du suc gastrique est augmentée et rendue plus acide. Nous avons entendu dire à M. Bouchardat qu'il y avait toujours trop d'acides dans l'estomac des chlorotiques. Mais sortons de ce champ d'hypothèses, en faisant des vœux pour que des mains habiles se chargent de l'étude expérimentale de ces questions, étude qui, nous n'en doutons pas, mènerait à des résultats pratiques de la plus haute importance.

Altérations survenant dans les fonctions de l'appareil génito-urinaire.

Menstruation. — On a fait jouer un rôle immense à la menstruation sur la production des maladies de la femme ; il n'est pas d'état morbide qu'on n'ait attribué à ses dérangements. Mais, le plus souvent, ce n'est pas parce que l'écoulement sanguin périodique a cessé, qu'il y a maladie, mais il a cessé parce qu'il y a maladie. On a pris la cause pour l'effet : « Une foule d'états morbides tiennent cette fonction en échec, dit M. Trousseau, c'est qu'elle n'est pas absolument et immédiatement nécessaire à la vie individuelle de la femme. »

C'est ainsi que les lésions de la menstruation accompagnant la chlorose et l'anémie ont été regardées par un grand nombre de praticiens (Sauvages, Desormeaux, Pinel, etc. etc.) comme causes de ces maladies. D'autres, au contraire, et la plupart des observateurs modernes sont de ce nombre, considèrent ces mêmes lésions comme étant le plus souvent l'effet de la maladie générale.

Mais creusons plus avant le terrain où se débat la question. La menstruation tarde à s'établir chez une jeune fille chlorotique, bien que, du reste, toutes les autres conditions soient parfaitement normales ; l'appauvrissement du sang est la cause, et non l'effet de ce retard. Il en est bien ainsi, car, rendez à ce sang sa richesse accoutumée, et vous verrez le flux menstruel s'établir ; dirigez, au contraire, tous vos efforts du côté de l'utérus, employez tous les emménagogues possibles, et vous ne ferez rien pour la guérison. Il pourra arriver, mais rarement, que vous déterminiez un écoulement sanguin par la vulve : « Croirez-vous avoir légitimement vaincu ? Non. Vous avez produit une hémorrhagie utérine, vous n'avez pas établi des règles. Rien n'est plus difficile que de provoquer des règles qui ne veulent pas venir, et ont leurs raisons pour cela » (Trousseau). Ces raisons, ici, sont assez expliquées par l'altération du sang.

Nous n'avons fait que rapporter ce que la clinique nous enseigne. Elle nous dit autre chose ; laissons-la parler :

Dans un grand nombre de cas, la chlorose s'établit d'une manière lentement progressive : c'est chez ces femmes que l'on peut bien étudier comment s'y comporte la menstruation. La quantité du sang est d'abord moindre *ordinairement*, décoloré; puis l'évacuation menstruelle devient irrégulière, se supprime même complétement pendant un, deux, trois, quatre mois, ou plus longtemps encore. On observe des cas, rares, il est vrai, où la perte sanguine est augmentée. Ces cas ont fait admettre à M. Trousseau une chlorose ménorrhagique, chlorose qui rendrait la menstruation encore plus abondante : mais dans ce cas, il faudrait bien établir que la ménorrhagie ne se lie pas à quelque état morbide de l'utérus.

Nous venons de voir que la chlorose retardait plus ou moins la première apparition des règles, qu'elle les rendait irrégulières, les diminuait ou les supprimait complétement ; il nous reste à dire qu'elle rend quelquefois leur excrétion horriblement douloureuse, au point de déterminer des convulsions. J'ai vu deux cas de ce genre où il était extrêmement facile de se méprendre, vu l'état de coloration assez prononcé de la peau, et l'obscurité des autres symptômes chlorotiques. Les préparations martiales en ont fait promptement justice. Rendez au sang sa *crase* physiologique, auraient dit les anciens, et les règles deviendront normales.

Leucorrhée simple. — Les uns la rangent parmi les causes de la chlorose et de l'anémie ; d'autres n'y voient qu'un symptôme de ces maladies, ou une simple coïncidence. M. Bouillaud pense qu'elle est souvent la cause de la chlorose et de l'anémie.

La stérilité se lie quelquefois à ces maladies.

Urine. — L'urine est plus pâle, plus aqueuse, que dans l'état normal; elle est moins riche en matières animales.

Altérations qui surviennent dans les fonctions de l'innervation.

Ces malades se plaignent de douleurs de tête qui ont pu être prises pour une véritable méningite commençante (observation 4), d'étourdissements assez forts pour que la chute soit imminente, même réelle, de sifflements, de bourdonnements, de tintements dans les oreilles. Ces symptômes s'accompagnent souvent de bouffées de chaleur à la face, qui se congestionne souvent plus ou moins fortement, pour qu'il ne manque rien à la phrase symptomatique, comme le dirait M. Récamier (observation 5).

De leur côté, les malades tendent à vous faire prendre le change, en se plaignant continuellement d'être tourmentés par *le sang;* mais les raisons sur lesquelles ils s'appuient, pour le praticien exercé, sont loin d'être concluantes. La vue se trouble souvent, ou même se perd complétement pour quelques instants (observation 6). Dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1839, M. Blaud rapporte l'observation d'une chlorotique chez laquelle il y avait *amaurose* depuis un an : cette amaurose fut considérée comme liée à un état d'appauvrissement du sang. Du fer fut administré, et la vision se rétablit.

La sensibilité cutanée et la sensibilité générale s'exaltent. Bichat aurait dit que la sensibilité de la vie organique se transforme en sensibilité de la vie animale.

Des névralgies surgissent de toutes parts, chez la femme principalement. Les plus fréquentes sont celles de la face et de la tête; les branches de la cinquième paire en sont le plus souvent le siége. Nous avons parlé des névralgies intercostales, gastriques; plus rarement on en observe dans la région précordiale. M. Trousseau parle de névralgies du clitoris, de l'une des branches du plexus brachial, du plexus cervical superficiel, du nerf sciatique.

Des accès hystériformes ou véritablement hystériques, des spasmes généraux, ou de diverses parties, ont été observés dans la chlorose. Quels sont les rapports qui unissent la dernière maladie aux premières?

Sont-ce des rapports de cause à effet? N'y a-t-il que simple coïncidence? ou bien l'altération du sang n'a-t-elle qu'une part indirecte dans la production de ces affections? Quoi qu'il en soit, nous avons vu, il n'y a pas longtemps, dans le service de M. Bouillaud, des accès hystériformes chez un jeune homme pâle, nerveux, véritable *chlorotique mâle*. Une de mes sœurs a été prise, plusieurs fois, d'un *asthme nerveux;* chez elle aussi, il y a des phénomènes chlorotiques évidents. Sa constitution est forte, tous les organes sont parfaitement sains, le cœur et les poumons en particulier.

La musculation est plus ou moins affaiblie chez les chlorotiques et les anémiques, au point, quelquefois, de ne plus permettre la station: l'exercice souvent le plus léger abat leurs forces; ils sont obligés de se reposer après avoir fait quelques pas.

La vie morale n'est pas moins profondément atteinte chez les chlorotiques et chez un certain ordre d'anémiques; ces derniers, principalement, tombent dans l'hypochondrie la plus profonde: mais les uns et les autres sont en proie à une tristesse qui va jusqu'au dégoût de la vie, à l'idée de suicide. Que le médecin respecte ces souffrances, qui ne sont que trop réelles, et apporte à ces malheureux des consolations dont ils ont un plus pressant besoin que de ses remèdes.

Nous allons placer ici quelques observations pour venir à l'appui de ce que nous venons de dire.

IVe OBSERVATION.

Le 16 juillet 1841, M. Bouillaud rapporte à sa clinique l'observation suivante:

« Il y a quelques jours, dit le professeur, une dame encore jeune est venue me consulter de la province. Depuis sept ou huit ans, cette femme éprouve des palpitations, de la dypsnée en montant; à plusieurs reprises, se sont manifestées successivement des douleurs abdominales, précordiales, céphaliques, qui ont été prises, à ce qu'il paraît, pour la péritonite, la péricardite, la méningite, car elles ont été

traitées comme telles. Chez cette malade, disaient les médecins, les séreuses s'enflammaient successivement. A une autre époque de la maladie, on avait trouvé une lésion organique du cœur. La malade fait remarquer qu'étant devenue plusieurs fois enceinte, elle se portait beaucoup mieux tout le temps de sa grossesse : les palpitations diminuaient, et elle preniat de l'embonpoint; elle ajoute que si les nombreuses saignées qu'on lui a faites ne l'ont pas soulagée, c'est uniquement parce qu'elles étaient trop peu abondantes. Ses règles offraient beaucoup d'irrégularité, ou se supprimaient complétement, autre preuve pour elle, et probablement pour les médecins dont elle recevait les soins, qu'elle était trop *sanguine.* A la suite du traitement, conséquence nécessaire du *diagnostic*, l'exaltation des fonctions cérébrales devint telle, que la malade présenta quelques signes d'aliénation mentale; elle en conserve parfaitement la souvenance. Je puis ainsi résumer mon examen : *facies* chlorotique, veines superficielles presque complétement effacées, pouls misérable, léger bruit de souffle chlorotique au premier temps du cœur; du reste, rien d'anormal dans cet organe; souffle diffus dans les artères carotides et sous-clavières. »

Ve OBSERVATION.

Dix-huit ans, constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux. Elle n'a jamais fait de maladies graves; elle est à Paris depuis trois mois. Réglée à dix-sept ans, elle l'a été régulièrement, mais peu abondamment, jusqu'à ces derniers temps. Depuis son arrivée à Paris elle a éprouvé des palpitations de temps en temps, un peu de gêne dans la respiration quand elle monte ou marche vite, des tiraillements à l'épigastre, le matin surtout, lorsqu'elle tarde trop à prendre de la nourriture; quelques étourdissements. Ses forces n'ont pas sensiblement diminué, ainsi que la coloration de la peau, qui est assez prononcée, surtout au visage. Jamais de leucorrhée. Ces phénomènes sont allés en augmentant; les étourdissements, surtout, ont acquis assez d'intensité pour menacer la malade de chute plusieurs fois

dans la journée. Lorsqu'ils se manifestent, elle sent une bouffée de chaleur lui monter à la face, dont la coloration devient pourprée, dit-elle. Les dernières règles ont manqué complétement, et cela sans causes connues.

La malade est dans l'état suivant : le visage est assez coloré aux pommettes, mais il présente une teinte jaunâtre au pourtour des orifices de la bouche et du nez, teinte évidemment chlorotique. Les veines sous-cutanées ne présentent rien de bien rémarquable, si ce n'est, peut être, un léger affaissement. Rien au cœur; souffle continu par moment, dans la carotide droite seulement; le pouls est petit, peu résistant à 75; persistance des autres symptômes indiqués plus haut.

Quinze jours d'un traitement par les ferrugineux suffirent pour apporter un amendement considérable dans les symptômes, et six semaines après l'avoir commencé les règles reparurent. Le traitement fut encore continué quelque temps.

Ce cas est merveilleusement propre à induire en erreur quiconque ne cherche pas à voir le fond des choses. Ces bouffées de chaleur à la face, sa coloration, les étourdissements, l'aménorrhée, tout portait à trouver là une pléthore; mais ce n'était que le *mensonge* de la pléthore.

VIe OBSERVATION (1).

15 juillet 1841. Pellieux, vingt-quatre ans, ouvrière en robes, demeurant rue Saint-Honoré, 101. Malade depuis seize mois, quatre

(1) Je dois cette observation à l'obligeance de M. le docteur Maisonneuve, auquel je dois en outre des remercîments pour la bonté avec laquelle il me montrait à puiser dans cette vaste source de connaissances qu'offre le grand nombre des malades qui se présentent au bureau central d'admission aux hôpitaux civils de Paris, dont il est un des chirurgiens.

mois après son mariage. Les yeux sont sains, aucune rougeur, auc symptôme d'irritation; la malade ne peut s'appliquer à la couture sans que sa vue ne se trouble immédiatement, ne se perde même complétement pendant quelques instants : il lui suffit de relever la tête pour que les accidents cessent aussitôt. Céphalalgie fréquente, mais non *continue*, palpitations, essoufflement facile, leucorrhée, pâleur générale de l'enveloppe cutanée. — *Diagnostic :* chlorose, *congestions oculaires.* — *Traitement :* sous-carbonate de fer, régime tonique, bains frais avec affusions froides sur la tête.

Au bout de quinze jours du traitement prescrit, il était survenu une amélioration notable du côté de l'état général; la vue ne se troublait plus aussi complétement, et ses troubles momentanés étaient devenus beaucoup moins fréquents. Continuation du même traitement. Il est probable que la malade a été complétement guérie.

Cette observation a la plus grande analogie avec celle de M. Blaud.

Je pense qu'il est inutile de dire que l'on ne doit pas s'attendre à rencontrer, dans chaque cas, même dans aucun cas, l'appareil complet des phénomènes que nous venons de passer en revue. Les symptômes prédominent, tantôt vers tel appareil d'organes, tantôt vers tel autre, suivant les individus, les prédispositions, l'âge, l'état plus ou moins avancé de la maladie, etc. etc.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Du cancer des veines.

Sous le point de vue de l'élément organique primitivement affecté, l'anatomie pathologique du cancer est encore à faire. Il n'existe pas, dans la science, un seul fait bien positif de cancer ayant débuté par le tissu veineux. On a toujours vu les parois des veines envahies par les progrès des masses cancéreuses.

On a trouvé de la matière cancéreuse dans l'intérieur des veines; de là, deux opinions : 1° formation du tissu accidentel dans le lieu où on le rencontre; 2° transport de la matière cancéreuse : cette dernière paraît la plus probable. Les veines qui contenaient de la matière cancéreuse revenaient de parties affectées de tumeurs de même nature. Le transport de la matière cancéreuse dans les veines se lie à une question qui domine leur pathologie; nous voulons parler de l'infection purulente.

II.

Quels sont les moyens de traitement employés contre les fistules salivaires?

Ces moyens sont médicaux et chirurgicaux. Dans le traitement des fistules salivaires, comme de toutes les autres, la première indication est de remonter à leur origine. Après s'être occupé de leurs complications, et les avoir réduites à l'état simple, on avise aux moyens de leur cure radicale.

Il est deux espèces bien distinctes de fistules salivaires : celle des glandes et celle des conduits excréteurs.

Fistules de la glande parotide.

Contre les fistules de la glande parotide on a employé, 1° la cautérisation, soit avec le fer chaud, soit avec diverses substances chimiques : on détermine ainsi la formation d'une eschare plus ou moins épaisse, qui permet à une cicatrice solide de s'établir; 2° les injections irritantes, les styptiques, le vésicatoire volant; 3° la compression; 4° L'excision du trajet fistuleux au moyen d'une plaie elliptique que l'on réunit par première intention, soit au moyen de bandelettes agglutinatives, soit, et mieux, de la suture entortillée; 5° l'extirpation de la glande, « remède pire que le mal », dit M. Velpeau.

Fistules du canal excréteur ou de Sténon.

On a employé quelquefois avec succès, contre les fistules du canal de Sténon les divers moyens que nous venons de mentionner.

La compression, soit sur le canal de Sténon, soit sur la parotide, est un moyen très-infidèle, et qui n'est pas exempt d'inconvénients. On a obtenu des succès en dilatant le conduit excréteur au moyen

d'un séton entraîné de la bouche vers la solution de continuité. Généralement les praticiens se sont arrêtés à la méthode curative, qui consiste à transformer la fistule cutanée en fistule interne ou muqueuse. Ce moyen est seul applicable quand il y a une perte considérable de substance, ou oblitération du bout interne du conduit.

On ne traverse plus la joue avec le cautère actuel, comme le faisait Deroy. On a abandonné de même la canule de plomb, que Duphénix laissait dans la plaie pratiquée au fond de la fistule pour conduire la salive dans la bouche, et qu'il retirait par cette cavité lorsque la cicatrisation de la plaie extérieure était faite. On a renoncé au séton de Monro, et au cylindre de plomb fendu en trois parties, et écartées du côté de la bouche, séton et cylindre qui ne devaient pas arriver jusqu'à la peau, et qui étaient maintenus du côté extérieur par un fil.

Aujourd'hui on suit généralement le procédé de M. Deguise. Il consiste à percer deux fois la joue, au fond de la fistule, avec un petit trois-quarts armé de sa canule, et d'embrasser son épaisseur dans une anse de fil de plomb, dont les extrémités sont tordues l'une sur l'autre dans l'intérieur de la bouche. L'anse métallique divise graduellement les parties qu'elle embrasse, et laisse couler la salive dans la bouche, tandis que la plaie extérieure se cicatrise. Au fil de plomb, M. Roux a substitué un fil de soie, d'une ligne de diamètre.

Par l'emploi général et local des antiphlogistiques, M. Lisfranc a obtenu la guérison d'une fistule du conduit de Sténon, accompagnée de phénomènes inflammatoires bien tranchés.

Le malade doit éviter tout ce qui peut déterminer la sécrétion salivaire.

Fistules de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur.

Les moyens dirigés contre les fistules de la glande parotide sont applicables ici. Quant aux fistules du conduit de Warthon, on n'en trouve aucun cas dans les auteurs.

III.

Des vaisseaux omphalo-mésentériques. Déterminer si toutes les veines contiennent un sang identique.

Des vaisseaux omphalo-mésentériques.

Les vaisseaux omphalo-mésentériques, auxquels M. Velpeau propose de donner le nom de *vitello mésentériques*, ou plus simplement de *vitellins*, Burdach, de *vaisseaux de la vésicule intestinale*, se composent d'une artère et d'une veine. Ils prennent naissance sur les parois de la vésicule ombilicale, où ils forment quelquefois un très-beau réseau et de nombreuses ramifications arborescentes, se réunissent en deux troncs, pour faire partie du cordon ombilical, pénètrent dans l'abdomen de l'embryon, passent à travers les circonvolutions intestinales, et vont se rendre, l'artère dans l'artère mésentérique supérieure, la veine dans la grande veine mésaraïque. D'après M. Velpeau, ils s'aboucheraient avec l'une des branches du second ou du troisième ordre de ces gros canaux, avec celles, en particulier, qui vont se distribuer au cœcum. L'usage de ces vaisseaux paraît être de porter et de reprendre, dans les parois de la vésicule et de son conduit, les matériaux qui servent à la nutrition ou aux usages particuliers de ce curieux appareil. Ils ne doivent pas être considérés comme les seuls moyens de connexion entre la vésicule ombilicale et le fœtus, puisque cette vésicule communique avec l'intestin par le pédicule vitellin canaliculé, comme l'a démontré M. Velpeau.

Déterminer si le sang est partout identique.

Prise dans son acception la plus large, et traitée expérimentalement, cette question doit conduire à des résultats physiologico-pathologiques

de la plus haute importance; mais elle ne peut être remise qu'en des mains habituées aux analyses chimiques les plus délicates.

Posée ainsi qu'elle l'est, elle donne lieu naturellement à l'examen des propositions suivantes :

1° Le sang artériel est-il identique à lui-même dans tous les vaisseaux?

2° Le sang veineux est-il partout identique?

3° Le sang veineux et le sang artériel diffèrent-ils l'un de l'autre?

« Il n'y a qu'un sang artériel, mais il y a autant de sang veineux qu'il y a de veines revenant d'organes remplissant des fonctions différentes » (M. Dumas, *Cours de chimie organique*).

La troisième proposition est résolue par l'affirmative; les faits sont concluants. Mais que l'on est loin d'avoir épuisé le sujet!

Il ne nous reste qu'à faire des vœux pour que ces propositions soient fécondées par l'étude expérimentale, qui seule conduira à des résultats positifs.

IV.

Comment peut-on reconnaître dans le sang laiteux la présence de quelques principes immédiats gras?

Le sang normal admet dans sa composition des principes immédiats gras, mais en petite quantité. Ces principes immédiats peuvent s'altérer dans leurs proportions, qui augmentent. Cette augmentation des principes immédiats gras donne au sérum, au lieu de sa transparence et de sa légère coloration citrine, une couleur opaline, se rapprochant d'autant plus d'une véritable émulsion, que la quantité des principes graisseux est plus considérable. On rapporte quelques cas où l'on aurait pris pour du lait le sang altéré que l'on avait sous les yeux. La

teinte opaline ou lactescente fait présumer, dans le sang, l'augmentation absolue des principes immédiats gras, et la chimie le démontre d'une manière positive.

En 1830 (*Arch. de méd.*, t. 23), M. Christison, recherchant la cause de l'aspect laiteux que présente quelquefois le sang, agitait le sérum avec le double de son poids d'éther sulfurique : il vit la teinte lactescente disparaître, et obtint un liquide presque transparent, qui, abandonné à lui-même pendant une ou deux minutes, se divisa en trois couches distinctes : la supérieure, incolore et transparente ; la moyenne, verdâtre, translucide, opaline, et paraissant formée de petites masses irrégulières, assez semblables aux granules de la pulpe d'orange ; l'inférieure, enfin, verdâtre aussi et transparente. La première couche de l'éther tenait seulement en dissolution une matière grasse, qui, après l'évaporation de l'éther dans un verre de montre, se rassembla en gouttelettes huileuses sur les bords. La seconde était un mélange de beaucoup d'éther, d'une grande quantité d'albumine, et d'un peu de graisse. La troisième couche, enfin, n'était que du sérum pur tenant en dissolution un peu d'éther, mais sans une trace de matière grasse.

On peut avoir recours au moyen que nous venons d'exposer; mais on voit qu'il ne donne pas toute la matière grasse, le caillot étant mis de côté. Je pense qu'il vaut mieux avoir recours au procédé suivant, qui consiste à évaporer le sang à une douce chaleur, jusqu'à siccité, et à le traiter ensuite par l'éther, tant qu'il fournira des principes gras. On filtre le liquide obtenu et on le fait évaporer. Les principes immédiats gras se déposent comme dans l'expérience précédente.

Ce moyen est préféré par M. Bouchardat.

PROPOSITIONS.

I.

Dans les maladies aiguës ordinaires inflammatoires, traitées à temps par la méthode de M. Bouillaud, la guérison est la règle, et la mort, l'exception très-rare.

II.

Il faudra donc tenir compte du mode de traitement en portant un pronostic sur ces maladies.

III.

L'emploi des saignées coup sur coup abrège la durée de ces maladies, les empêche de passer à l'état chronique, et de tuer ainsi le plus souvent lentement les malades; enfin, abrège la durée de la convalescence.

IV.

Expliquons-nous : l'emploi des saignées coup sur coup fait avorter la pneumonie, en l'empêchant de passer du premier degré au second, du second au troisième; fait avorter la pleurésie, la péritonite, etc., en ne laissant pas se former d'épanchement; fait avorter la fièvre dite *typhoïde,* en prévenant les ulcérations des follicules agminés et isolés; mais elle n'a pas la puissance d'*enlever* les abcès du poumon ou de tout autre organe, les épanchements produits dans les cavités séreuses, de cicatriser les ulcérations produites.

C'est cependant ce que l'on fait dire au professeur de la Charité. Il faut que la cause de ses adversaires soit bien mauvaise, puisqu'ils n'ont recours qu'à de tels argùments.

V.

L'existence d'une péricardite, d'une endocardite, ou d'une endo-péricardite méconnues, explique la *fièvre essentielle* qui survit à la période inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu.